

不妊治療を受けている女性の QOL

中山美由紀^{*1} 小泉智恵^{*2} 上澤悦子^{*3}
遊佐浩子^{*4} 中村水緒^{*4} 川内博人^{*4}

はじめに

一般的に家族というと、夫婦と子どもからなるものというイメージが強く、ほとんどの人は家族の中で成長し、家族を形成していく。家族発達の中で夫婦は子どもをつくりさらに発達を遂げていくことが社会の中でも求められ、また本人たちもそれを望むことが多い。しかし、子どもをもつことができない場合、その要望に応えられないときにどのようなことが起こるのだろうか。

不妊治療を受ける年齢は 20 歳代から 40 歳代前半、特に 30 歳代が多く、この年齢の発達課題として E. H. エリクソン¹⁾は成人期の親密性と壮年期の世代性をあげている。壮年期は、結婚して子どもを生み育てる親としての時期であり、この時期の危機は「世代性」と「停滞」である。結婚をして自分たちの子どもを生み、育てることによって結合したいと願うようになる。それは「次の世代の確立と指導に対する興味・関心であり、自分にとって最も親密な存在を自分たち自身で作り出していききたいという気持ちである」¹⁾。子どもをつくることができない、つまり不妊であることは「生殖性から偽りの親密さへの強迫的な要求への退行がおり、停滞の感覚の浸透と人間関係

の貧困化を伴う」¹⁾。そのため子どもの不在を補うために非常な努力を必要とする。このように発達課題に問題を抱えるため、不妊カップルの苦悩は計りしれない。

不妊治療は男性側に原因があっても、女性が治療の中心になることが多く、治療が生活の一部もしくは大部分を占めることとなる。治療を受けている女性は発達課題のみでなく、長期に及ぶ検査・治療に伴う身体的、精神的負担および経済的負担、家族、夫や、自分の両親や夫の両親、親戚との関係、職場との関係などの問題があるといわれている²⁾。また、治療には不確定要素が多いため、将来の予測が困難な状態にある³⁾。

現在、我が国の不妊症の頻度は全カップルの約 10%といわれ、2001 年度の調査によると、不妊治療患者は 466,900 人（タイミング法除く）と推計されている⁴⁾。医療において、患者の QOL（生活の質）をいかにより快適なものにするかが求められている。わたしたち医療者は不妊治療を受けている女性たちのおかれている現状を理解し、さらに QOL に着目し、ケアサポートを行っていくことが重要である。そのために、本稿では不妊治療を受けている女性の一般的な QOL と特有の QOL についての調査を行った結果の報告と今後の QOL の向上にむけての支援を考察した。

不妊治療を受けている女性の QOL

1. 調査方法

本研究の対象は、協力の得られた首都圏および大都市圏にある 7 施設において、不妊治療中の女

性に研究の主旨を説明し、同意を得られたものに対して調査票を直接配布し、郵送および施設に設置したポストにて回収した。回収は 500 名で、回収率 64.2%であった。

2. 調査対象

対象者の平均年齢は 33.9 ± 4.5 (22~47) 歳で、30~34 歳が 44.1%と半数近く占め、ついで、35~39 歳 19.7%、25~29 歳 15.5%、40~44 歳 10.8%であった。治療期間は、平均 30.8 ± 22.6 (0~162) カ月で、1~3 年が 66.3%、3~5 年 17.1%、1 年以下 8.1%、5~10 年 7.6%であった。治療施設の変更の有無は、「ない」が 184 人 (37.2%)、「ある」が 308 人 (64.6%) で、半数以上のものは 1 回の施設変更であったが、最大 6 施設の変更を行っているものもいた。現在の治療段階は、タイミング法 34.6%、人工授精 (AIH) 31.0%、排卵誘発剤 29.4%、一般不妊検査 29.0%、体外受精 15.8%であった。

3. 分析方法

一般的な QOL の評価として WHO/QOL-26 (短縮版)⁵⁾を用いた。領域 QOL として、身体領域 7 項目、心理領域 6 項目、社会関係 3 項目、環境 8 項目の合計 26 項目あり、各領域の評価と全体の平均点での評価がある。

特有の QOL については、一般的な QOL の構成概念と長期間に及ぶ治療と生活を考慮し、健康を全人的に評価する考え⁶⁾を参考とした。これは、生命・生活・人生といった生き方そのものを自己統制していくプロセスとして健康を捉え、人間生活全体を包括的にみていく全人的健康観⁶⁾である。つまり、不妊治療を受けている女性はより快適により軽快に自己の諸条件を調整していくことが必要であることから、治療とライフスタイルをコントロールする意識を持つことで、自己の健康感を高め、治療に対する意義を見出すことができることが QOL の向上につながると考え、特有の QOL とした。本宮⁶⁾はライフスタイルコントロールを、4 局面 (身体、精神、他者、環境) の 20 要素に分類構成している。これらを参考に、遊佐⁷⁾らは不妊女性の特有のライフスタイルコント

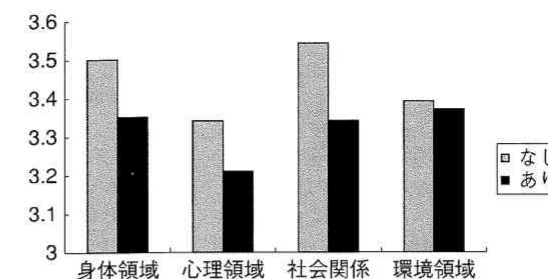


図 1 領域 QOL と施設変更

ロール (以下 LSC とする) ノート を 4 局面 20 項目で作成し、不妊治療と生活をより良くコントロールできるよう活用してきた。それらの LSC 項目をさらに身体面: 栄養・食事 (3 項目)、疲労・休養 (3 項目)、運動、体質 (6 項目)、性 (6 項目)、精神面: 個性 (3 項目)、子ども願望 (3 項目)、治療への取り組み (3 項目)、治療過程への思い (3 項目)、自己内面の変化 (3 項目)、環境面: 通院時間と治療空間 (3 項目)、治療費の負担 (3 項目)、社会通念 (3 項目)、職場環境 (3 項目)、他者とのかかわり: 配偶者 (3 項目)、家族 (6 項目)、友人 (3 項目)、地域社会 (3 項目)、職場関係 (3 項目)、医療者 (6 項目) の合計 69 項目に修正編成した。さらにコントロール度として、不妊女性がどの程度できているかと思っているかを「いつも」「時々」「たまに」「全く」の 4 段階で選択を求めた。これら LSC は、臨床の現場での活用を目的に筆者らが開発を行っているものである。そのため因子分析を行い、項目数を減らし、尺度の構成概念妥当性と信頼性を検討した。さらに、一般的な QOL と特有な QOL、つまり不妊女性の LSC の因子と関連する要因を検討した。

4. 結果

1) 一般的な QOL

不妊治療を受けている女性の QOL の平均点は 3.48 ± 0.49 、領域 QOL でみると身体領域 3.40 ± 0.48 、心理領域 3.26 ± 0.59 、社会関係領域 3.42 ± 0.75 、環境領域 3.38 ± 0.60 であった。平均点や領域においては、年齢による差はみられなかった。治療施設の変更との関連をみると、領域 QOL では、施設変更をしたもののほうが身体、心理、社

*1 なかやま みゆき 大阪府立大学看護学部

[〒 583-8555 羽曳野市はびきの 3-7-30]

*2 こいずみ ともえ

国立精神・神経センター国立精神保健研究所

*3 かみさわ えつこ 北里大学看護学部

*4 ゆさ ひろこ、なかむら みお、かわうち ひろと
北里大学病院産婦人科

表 1 不妊治療を受けている女性の一般的な QOL

	WHO/QOL				
	身体領域	心理領域	社会関係	環境領域	平均点
Total sample (N=500)					
現在の主な治療					
不妊一般検査	3.51±0.41	3.26±0.70	3.33±0.76	3.32±0.70	3.48±0.59
タイミング法	3.48±0.53	3.38±0.64	3.65±0.74	3.45±0.59	3.61±0.54
排卵誘発剤 (内服, 注射)	3.31±0.49	3.17±0.64	3.42±0.82	3.36±0.53	3.42±0.52
AIH	3.41±0.50	3.26±0.57	3.48±0.76	3.44±0.65	3.50±0.46
ICSI	3.35±0.45	3.27±0.60	3.19±0.41	3.35±0.63	3.44±0.47
IVF-ET	3.42±0.50	3.31±0.47	3.43±0.65	3.39±0.60	3.48±0.46
p	ns	ns	0.015	ns	

ns: not significant

会領域において、有意に得点が低い結果であった (図 1)。また、現在の主な治療段階と比較すると、QOL の平均点では差はみられなかったが、社会関係領域において、ICSI (顕微授精) が有意に低いという結果であった (表 1)。

2) 特有の QOL

不妊女性の LSC69 項目の相関係数を算出し、各要素の相関係数が高いものを除外し、プロマックス回転により主因子分析を行った。固有値 1.5 以上、絶対値 0.45 以上の因子負荷量の 25 項目を選択し、再度因子分析を行った。25 項目 5 因子を抽出し、因子の特徴を解釈した。その結果、第 1 因子「医療者との関係 (5 項目)」(Cronbach's α 係数 0.91)、第 2 因子「夫婦生活 (5 項目)」(Cronbach's α 係数 0.89)、第 3 因子「社会環境 (5 項目)」(Cronbach's α 係数 0.88)、第 4 因子「家族関係 (5 項目)」(Cronbach's α 係数 0.82)、第 5 因子「身体 (5 項目)」(Cronbach's α 係数 0.75) となった。いずれも信頼係数 0.75 以上であり、内的整合性を証明することができた (表 2)。また、WHO/QOL-26 の各領域と LSC の各因子の相関係数は 0.173-0.426 と有意な正の相関を示していたことから、LSC の各因子は基準関連妥当性を示すことができた。

LSC を主な治療段階別でみたレーダーチャート (図 2) を作成した。この図から不妊女性のコントロール度は、「夫婦生活」では ICSI (顕微授精) が有意に低く、「社会環境」「身体」では排卵誘発剤の使用が有意に低いことがわかった。このようにレーダーチャートでコントロール度を示すこと

で、不妊女性の強いところ、弱いところが見える。

考 察

一般に QOL は 40 歳代で安定する。そのため 20 歳代より QOL の得点は年齢とともに高いことを示す。本調査対象の不妊治療を受けている女性も年齢とともに QOL の得点は上昇していた。また、先行研究⁵⁾に示された一般人口の女性の平均値とほぼ同様であった。しかし、治療施設の変更は「身体領域」「心理領域」「社会関係」が関連し、LSC では「夫婦生活」が関連した、これは、夫婦生活のコントロールができていないことから、治療の変更の必要性があるため、施設の変更へとつながったのかもしれない。また、治療段階においては、排卵誘発剤の使用や顕微授精により低くなっていた。排卵誘発剤の使用は、LSC の「身体」、つまり自分の体調にあわせて運動、栄養、睡眠、休息がとれているかということ。また「社会環境」は子どもがいることが当たり前という社会通念を気にしないでいられることの 2 因子に関連していた。これらは、検査によって不妊であることを診断され、その事実を自分自身で受け止めることは、自分自身の内圧と外からの外圧との葛藤のプロセスを受容していくことを示している。またこの過程では、身体面の調子を整える工夫も重要である。薬による身体の変化、副作用の苦痛、注射などの医療処置の痛みに対して自分自身で工夫をしながら、健康観を高めることへの価値を見いだせることを医療者が伝えることが必要である。そ

表 2 不妊治療を受けている女性の LSC の因子分析結果

因子名	項目	因子					α 係数	尺度得点 (4~20)
		1	2	3	4	5		
医療者との関係	看護師に疑問や意見を伝えることができる	.902						
	看護師に治療について相談できている	.896						
	看護師と信頼関係が築けている	.848						
	医師に治療について相談できている	.768						
	医師に疑問や意見を伝えることができる	.696					0.91	15.24 ±3.57
夫婦生活	タイミングや治療周期を意識しながら性的関係を結ぶことができる		.898					
	妊娠することを目的とした性的関係を結ぶことができる		.872					
	医師の指示を考えながら性的関係を結ぶことができる		.861					
	自ら心身ともに満足した性的関係を結ぶことができる		.641					
	夫婦のコミュニケーションとして満足した性的関係を結ぶことができる		.628				0.89	15.39 ±3.80
社会環境	近所に子どもがいて、自分にいないことが気にしない			.915				
	近所の人と子どものことが話題になっても気にしない			.900				
	近所の人から子どもについて聞かれても気にしない			.825				
	女性が子どもを産まなければならないという社会通念に気にしない			.618				
	子どもを産み育てることが女性の幸せであるという考えにとらわれない			.584			0.88	11.83 ±3.96
家族関係	自分の両親を深く尊敬することができる				.884			
	自分の両親に対して十分に信頼することができる				.840			
	自分の両親ととても楽しく過ごすことができる				.794			
	配偶者の両親を深く尊敬することができる				.512			
	配偶者の両親に対して十分に信頼することができる				.455		0.82	15.03 ±3.04
身体	自分の健康にあった食品や食べ方をしている					.771		
	食事は栄養のバランスを考えて食べている					.764		
	規則正しい食生活をしている					.645		
	自分のペースにあわせて適宜スポーツや健康体操などを行っている					.495		
	休みの日には、体を動かすことを心がけている					.464	0.75	12.84 ±3.05
因子寄与率 (%)		21.082	11.238	10.363	7.937	7.079		
累積寄与率 (%)		21.082	32.320	42.684	50.620	57.699		

れらのかかわりのプロセスによって、妊娠・出産という医学的結果だけにとどまらず、自分には潜在的な力・価値があるということを再認識でき、社会の中で自分の成長・発達を図り、自己実現できるようにするのであろう。

さらに顕微授精は男性不妊や原因不明不妊における治療であり、自然現象としての受精すら医学技術の力を借りる現実から、QOL における「社会関係」「夫婦生活」での値が低くなると考える。こ

のような QOL が低くなる時期を医療者が理解しておくことにより、必要な時期に支援が可能となる。

これらの結果を踏まえて、不妊治療中の女性の QOL の向上する方策およびアプローチが今後必要である。そこで、LSC を不妊女性が治療と生活のコントロールを認識できるツールとして使用することを奨めたい。治療経過ごとに不妊女性自身が記入することで、自己の変化を認識できること、

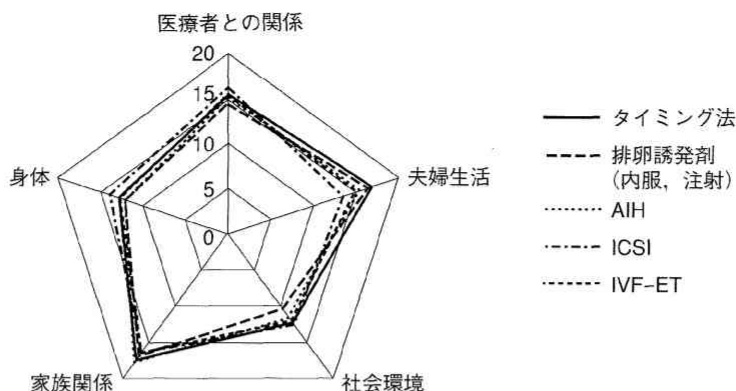


図2 主な治療段階別のLSC

ライフスタイルを多面的に図ることができるため、どのような面で困難を生じ、どのような面でうまく適応できているのか、女性自身が強みと弱みの局面を知ることができると思う。また、介入者は対象者のライフスタイルの強みを生かし、弱みをカバーするというような具体的な方策がたてやすいといえる。ライフスタイルをコントロールすることは不妊治療中の女性のQOLが向上すること、快適な生活援助するためのツールとして有効であることが考えられ、今後筆者らは、活用していく予定である。

おわりに

QOLの概念を中川⁸⁾は、患者の身体症状だけでなく心理的状態、社会関係、生活機能といった諸側面に目を向ける必要があるという認識、医療従事者の視点だけでなく患者個人の気持ちや受け止め方を重視すべきという認識、病をただ単にマイナスのものととらえず、プラスへ転化し自己実現を目指していくための一つの契機にしようとする積極的な捉え方という三つの方向性を包含したものでないかと述べている。これらから、不妊治療を受けている女性の身体、家族関係、夫婦生活、社会環境(生活)、医療者との関係の諸因子に対してQOLが上昇するように支援することが必要である。また、個人にはさまざまな価値観あり、そのことに対し医療者は自分もつ価値観で不妊や不妊カップル、家族を捉えないで、それぞれの価値観を認識することが重要である。また発達課題

の達成ができないカップルの苦悩とともに医療者は分かち合い、支えあう立場で接していくことが必要である。それが前提となり、不妊カップルや家族への援助ができるであろう。また、不妊という体験がカップルにとって夫婦関係や家族関係を見直すきっかけになるようなプラスの面もあることに気づくことが必要なのだろう。私達は臨床の現場で、医療の質の保証だけではなく、患者のQOLに着目し、支援していかなければならない。

文 献

- 1) E. H. エリクソン, 小此木啓吾訳: 自我同一性, 誠信書房, 東京, 1973
- 2) 森 恵美, 森岡由紀子, 齊藤英和: 体外受精・胚移植法による治療患者の心身医学的研究(第1報) — 不妊治療女性の心理状態について —, 母性衛生 35 (4): 332-340, 1994
- 3) 遠藤恵子, 森 恵美, 前原澄子, 他: 体外受精を受ける女性の不確かさに関する研究 37 (4): 473-480, 1996
- 4) 山縣然太郎: 平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」報告書 <http://www.mhlw.go.jp/wp/kenkyu/db/tokubetu02/index.html>
- 5) 田崎美弥子, 中根充文: WHO/QOL-26 手引, 金子書房, 東京, 1997
- 6) 本宮輝薫: 健康度のホリスティックな把握と評価, 園田恭一, 川田智恵子編: 健康観の転換, 東京大学出版会, 東京, pp31-50, 2001
- 7) 遊佐浩子, 中村水緒, 上澤悦子, 他: ライフスタイルコントロールノートの開発1・2, 日本不妊カウンセリング学会誌 2 (1): 47-50, 2003
- 8) 中川 薫: クオリティ・オブ・ライフ (QOL) の意味するもの, 園田恭一, 川田智恵子編: 健康観の転換, 東京大学出版会, 東京, 105-118, 2001